

## Thuiswisseling tracheacanule

### Patientgegevens

Naam .....

M  V 

Adres .....

E-mail .....

PC + Plaats .....

Naam Ziekenhuis .....

Geboortedatum .....

Naam Specialist .....

Telefoonnummer .....

Middels deze verklaring, getuigt ondergetekende dat:

- bovengenoemde patiënt in staat is en toestemming heeft om zelfstandig de buitencanule te wisselen indien dit noodzakelijk is.
- de buitencanule in de thuissituatie wordt gewisseld door een daartoe bevoegd persoon (gespecialiseerd verpleegkundige of specialistische thuiszorger).

### Overige bijzonderheden/opmerkingen

### Ondertekening aanvrager

Naam .....

Datum .....

Handtekening .....

Gelieve dit document (digitaal) ingevuld retour te sturen:

Per e-mail: [info@mdsbv.com](mailto:info@mdsbv.com)

Per post: Antwoordnummer 46, 9750 VX Haren (Versturen naar een antwoordnummer is voor u kosteloos.)



24/04/24

#### MDS B.V.

Postbus 123  
9750 AC Haren  
Tel: 050 - 569 0038

IBAN: NL98ABNA0463832426  
BTW#: NL852331307B01  
KVK#: 56850638

Web: [www.mdsbv.com](http://www.mdsbv.com)  
E-mail: [info@mdsbv.com](mailto:info@mdsbv.com) (customer service)  
[orders@mdsbv.com](mailto:orders@mdsbv.com) (orders)